

Année 1974

THÈSE

NO

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Claudie MEDARD, née CHAMBAT

le 24 octobre 1934 à ROUEN (76)

Présentée et soutenue publiquement le

**CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA PSYCHIATRIE DANS LE MILIEU DU TRAVAIL**

Dans le cadre du milieu des Compagnies d'Assurances

Président : M. DUCHÉ, Professeur

Année 1974

THÈSE

NO

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Claudie MEDARD, née CHAMBAT

le 24 octobre 1934 à ROUEN (76)

Présentée et soutenue publiquement le

**CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA PSYCHIATRIE DANS LE MILIEU DU TRAVAIL**

Dans le cadre du milieu des Compagnies d'Assurances

Président : M. DUCHÉ, Professeur

THÈSE

Année 1975

DOCTORAT EN MÉDECINE

Spécialité : Psychiatrie

Par

Claude MEDARD, né CHAMBAT

le 24 octobre 1928 à Rouen (14)

Président et membres du jury

CONTRIBUTION À L'ÉTUDE

DE LA PSYCHIATRIE DANS LE MILIEU DU TRAVAIL

Dans le cadre du milieu professionnel et des assurances



Président : M. DUCHÉ, Professeur

FAMILIAE SED AMICI

A Monsieur le Professeur D. DUCHÉ

Chef du service de Psychiatrie Infantile de la Salpêtrière

En le remerciant d'avoir bien voulu
présider le jury de ma thèse.

A Monsieur le Professeur D. WIDLÖCHER

En le remerciant pour ses conseils.

A Monsieur THEIL,

Directeur du Centre médico-social des
Sociétés d'Assurances,

Membre du Conseil Supérieur d'Hygiène
publique de France

En le remerciant de m'avoir
autorisée à faire cette étude.

P L A N

	Introduction	Page 1
I	Conditions de l'observation	Page 3
II	Observation : le médecin et le malade.....	Page 13
III	L'action thérapeutique et prophylactique.....	Page 33
	Conclusion	Page 43

INTRODUCTION

Le milieu du travail peut être considéré comme un milieu privilégié car il représente le point d'impact entre un individu avec sa personnalité, son vécu, ses conflits non ou mal résolus et des conditions particulières, d'où il résulte une adaptation plus ou moins satisfaisante. Nous allons envisager ce que sont la psychiatrie et le psychiatre exerçant dans un centre médico-social recevant des employés des compagnies d'assurances.

I - CONDITIONS DE L'OBSERVATION :

A/ Description du centre.

1. Personnel.
2. Conditions d'accueil.
3. Conditions de travail du psychiatre.
4. Qui peut bénéficier des soins du centre ?

B/ Les employés des compagnies d'assurances.

1. La hiérarchie dans le personnel.
2. Conditions sociales particulières.
3. Données démographiques.

I - CONDITIONS DE L'OBSERVATION :

L'expérience psychiatrique au "Centre Médico-Social des Sociétés d'Assurances" débuta en 1967. Auparavant les malades psychiatriques consultaient en "Neurologie" auprès d'un médecin de tendance endocrinologique.

Dans cette première partie nous nous efforcerons de décrire le centre, lieu des soins, et de situer les employés des compagnies d'assurances par rapport à leur travail et à leur environnement social.

A/ Description du Centre :

1/ Le personnel du centre et afférent au centre comprend :

- des employés administratifs.
- des infirmières, dont certaines travaillent également dans des compagnies d'assurances et en connaissent donc bien l'ambiance.
- des assistantes sociales qui font la liaison entre le centre et les compagnies, dont les contacts officiels avec les directeurs et les chefs du personnel facilitent, en principe, la relation avec ceux-ci, mais il faut préciser que les compagnies peu importantes ne disposent pas d'une assistante sociale.
- les médecins du travail ; certains exercent au centre, et examinent les employés une fois par an, en visite systématique ; d'autres exercent dans les compagnies, font également ce contrôle annuel, mais sont sollicités dès qu'un employé a des difficultés ou en crée. Beaucoup ne prescrivant pas, ils ont un rôle de conseiller et d'orientateur ; il faut signaler qu'ils sont relativement isolés dans leur lieu de travail qu'est la compagnie d'assurances.
- les médecins généralistes.
- les médecins spécialistes dont le nombre croît avec l'accroissement du centre.
- le service de Kinésithérapie.

2/ Conditions d'accueil :

Les malades qui désirent consulter au centre doivent en aviser leur supérieur, chef de service le plus souvent. Ils lui présentent un bon de rendez-vous sur lequel figure la consultation à laquelle ils se rendent.

Ils viennent pendant leurs heures de travail, et bénéficient des soins gratuits.

Ils sont accueillis par des employés qui enregistrent leur venue, leur constituent un dossier s'il s'agit d'une première visite ou bien le sortent et le font parvenir aux médecins concernés. Le dossier contient le récit du malade, les observations du médecin, et il passe entre plusieurs mains avant de lui parvenir ; il peut être lu par des personnes non informées de ce qu'est la psychiatrie.

3/ Quelles sont les conditions de travail du psychiatre ?

Signalons tout d'abord que la demande a crû de telle sorte que nous sommes passés d'une présence bi-hebdomadaire à une présence presque quotidienne, nous restons donc disponibles pour les malades qui présentent un caractère d'urgence, pour ceux qui sont suivis et se décompensent brusquement, et il nous est possible d'exercer une surveillance régulière des malades fragiles, celle-ci étant parfois renforcée par l'aide des assistantes sociales et des infirmières.

Les relations avec les médecins et les kinésithérapeutes sont faciles, nous les rencontrons lorsqu'un problème se pose concernant un malade commun, ce qui permet une mise au point et une action coordonnée, ce fut le cas pour Mme G :

Cette jeune femme, mère de deux enfants, mariée à un paranoïaque nous a été adressée pour un syndrome dépressif consécutifs à un changement de service. Elle était suivie par le rhumatologue pour une arthrose dorsale, apparue, disait-elle, à l'âge de 13 ans, âge où elle ressentit pour la première fois de violentes douleurs dorsales.

Au cours des entretiens que nous avons régulièrement, elle se plaignit d'une insensibilité cutanée limitée au thorax et aux membres supérieurs, qu'elle mit sur le compte de l'arthrose. Cette insensibilité cutanée qui l'empêchait d'éprouver un quelconque plaisir lors des relations sexuelles avec son mari, a cédé plusieurs fois la place, et chaque fois après une séance de kinésithérapie, à une prise de conscience, à une réintégration dans le schéma corporel, passagère mais source de plaisir de cette zone habituellement muette. Mme G tentait de somatiser ces réactions ; nous avons, avec son accord, vu le rhumatologue qui a nié l'arthrose, le kinésithérapeute qui a perçu les réactions "bizarres" de sa patiente et commençait à ne plus maîtriser la situation.

Ces deux contacts ont confirmé qu'il s'agissait d'une fuite de la relation de Mme G. par rapport à nous, angoissée par ce qu'elle tentait de refouler, et ils nous ont permis de reprendre un dialogue interrompu.

Il n'est malheureusement pas aussi aisé de prendre contact avec les médecins du travail qui exercent dans les compagnies elles-mêmes.

4/ Qui peut bénéficier des soins du centre ?

Tout employé travaillant dans une compagnie d'assurances, une banque, un cabinet de courtage, à condition qu'ils soient affiliés au centre.

L'âge des malades débute donc à 17 ans, âge à partir duquel on embauche dans les compagnies ; il n'y a pas de limite supérieure puisque depuis quelques années, fonctionne au centre un service de retraités. On se heurte parfois à un obstacle important : à savoir que, s'il démissionne et quitte le milieu des assurances, l'employé ne peut plus s'adresser au centre. Dans ce cas deux possibilités se présentent, soit on le sait d'emblée et on conseille au malade de consulter ailleurs ; soit la démission intervient en cours de traitement et on dispose d'un certain délai pour aider le malade à accepter cette interruption de la relation, et pour le diriger.

Les conjoints, les enfants ou les parents ne peuvent être traités au centre, mais il est possible de les voir occasionnellement dans l'intérêt du malade, pour obtenir des renseignements à son sujet, pour vérifier si sa pathologie est ou non la conséquence de la pathologie d'un membre de la famille ou pour en déterminer les effets sur celle-ci.

Comme nous l'avons dit plus haut, depuis quelques années nous recevons des retraités, donc des gens qui ont au minimum 65 ans ; il nous a été donné de suivre un employé avant sa mise à la retraite et après, il avait eu le temps de régler ses problèmes avant sa retraite et il aborda celle-ci dans de bonnes conditions. Par conséquent nous pouvons recevoir toutes les catégories d'employés, à tous les niveaux de l'échelle hiérarchique. En fait, les directeurs, chefs du personnel, donc les personnes situées au sommet de cette échelle consultent rarement au centre ; par conséquent nous connaissons les difficultés des employés subalternes, et nous ne pourrions donc envisager que celles-ci.

Le nombre des employés des compagnies d'assurances consultant au centre est plus important que celui des banques ou des cabinets de courtage, mais il est en rapport avec leur importance respective. En effet, beaucoup de compagnies emploient un nombre considérable de travailleurs, alors que les cabinets de courtage fonctionnent souvent avec un petit effectif, les banques se situant entre les deux.

B/ Les employés des compagnies d'assurances :

1/ La hiérarchie dans le personnel : au bas de l'échelle se trouvent les archivistes qui classent, sortent et rangent des dossiers disposés sur toute la hauteur d'une pièce, ils se déplacent donc beaucoup, horizontalement et verticalement ; les archives sont très souvent regroupées dans les sous-sols, cet emploi simple ne demande aucune qualification ; il intéresse donc des gens de tous âges : jeunes gens qui veulent travailler dès la fin de leur scolarité, retraités qui veulent compléter leur retraite, personnes plus ou moins débiles, et malades mentaux dont la maladie a diminué les capacités de travail, pour qui cette déchéance professionnelle est compensée par une adaptation acceptable à leur tâche, facteur de stabilité.

Puis viennent les employés des différents services : production et rédaction en particulier ; ils sont divisés en groupe contrôlé par des sous-chefs, des chefs ; ceux-ci posent des problèmes lorsqu'il s'agit d'employés promus à ce grade de par leur ancienneté, leur valeur n'est pas toujours reconnue par leurs subordonnés, ou bien lorsqu'il s'agit de chefs jeunes, depuis peu dans la compagnie, le groupe a tendance à entrer en opposition avec eux et à contester leur autorité.

Les sténo-dactylos sont réparties dans les différents services ou regroupées dans des pools dactylographiques plus ou moins importants.

Nous ne ferons que citer le service du personnel, les services administratifs et la direction car nous les connaissons fort peu.

Les inspecteurs sont des employés qui se déplacent beaucoup, font des expertises, ne sont pas astreints à un rythme de travail régulier, ils organisent eux-mêmes leurs journées.

Le personnel des calculateurs a également un mode de travail particulier ; en effet, les employés ont un emploi du temps très différent des autres ; il leur arrive de travailler nuit et jour ; à l'occasion d'une visite faite dans une compagnie nous avons été frappée par l'ambiance qui régnait dans ce groupe. Nous venions de faire la connaissance des différents services cités plus haut : de vastes pièces silencieuses, même au moment de la pause, des employés sérieux, une ambiance feutrée, parfois une espèce de cage permettant au chef de faire son travail tout en veillant sur son groupe ; dans le service des calculatrices il n'en était pas de même : l'aspect physique des employés était différent, plus toniques, plus gais, ils manifestaient un grand intérêt pour leur travail, on avait vraiment l'impression de se trouver en face d'une équipe. Ces constatations nous étonnèrent car nous avions maintes fois entendu parler de "l'arrivée des machines" - nous verrons ultérieurement de quelle façon et nous tenterons de comprendre pourquoi.

2/ Conditions sociales particulières :

- Il existe une loi qui protège les handicapés physiques ; tout employeur doit leur réserver un certain nombre de postes. Les "handicapés mentaux" ne bénéficient pas d'une telle protection. Par "handicapés mentaux" nous entendons par exemple les schizophrènes sous traitement, correctement suivis en milieu psychiatrique, présentant surtout des difficultés de relations, dans le sens souvent d'un isolement, capables d'exercer un emploi - ceux-ci peuvent être renvoyés d'un jour à l'autre. Le cas se présente avec M. B, schizophrène traité et suivi, qui avait un emploi d'archiviste. On lui reprochait d'être sale, et de ne pas avoir de contacts avec ses collègues ; on allait le renvoyer, l'assistante sociale de sa compagnie nous l'a adressé. Nous avons décidé de le voir seul une fois par mois, car cela semblait apaiser l'employeur, tandis que l'assistante sociale finissait par lui obtenir une carte d'handicapé physique, et il fut maintenu de cette façon dans son emploi.

- Les adolescents : beaucoup de ceux que nous voyons à l'occasion d'un état dépressif sont des jeunes gens qui jusque là vivaient dans leur famille, possédaient un C.A.P. Ne trouvant pas de travail dans leur province, ils "montent" à Paris et sont embauchés dans une compagnie à un salaire qui ne leur permet pas de mener une vie correspondant à leur âge, ils se sentent complètement déracinés, isolés, incapables de s'adapter à leur nouveau mode de vie ; ou bien, il s'agit d'adolescents dont les parents, de condition modeste, ne peuvent assumer la charge - au-delà de l'âge de la scolarité obligatoire, ils abandonnent donc leurs rêves professionnels au profit de la rentabilité. Ou bien encore, ils ont préparé et obtenu un C.A.P. qu'ils ne peuvent utiliser. Ils entrent dans une compagnie, acceptant l'emploi qu'on leur propose ; pour certains garçons, il s'agit d'une solution d'attente, ils envisagent de chercher une solution définitive après le service militaire. Bien souvent, ils choisissent la facilité et ils reprennent leur ancien travail.

- Les femmes : beaucoup sont divorcées, veuves ou même célibataires, avec des jeunes enfants. Travailler est une nécessité. Quand elles ont un C.A.P. de sténo-dactylo elles s'adaptent plus facilement que celles qui n'ont rien d'autre que leur bonne volonté.

- Parmi les hommes : certains arrivent dans les compagnies en bénéficiant d'une retraite ; les anciens employés de la SNCF occupent des postes simples, ils sont souvent archivistes ou coursiers, cela leur permet de ne pas s'ennuyer. Leur investissement dans le travail a surtout un aspect social. Les retraités militaires occupent des postes plus importants ; ceux qui ont fait de multiples campagnes, qui ont eu une vie très instable s'adaptent mal au calme des compagnies d'assurances et sombrent souvent dans l'éthylisme.

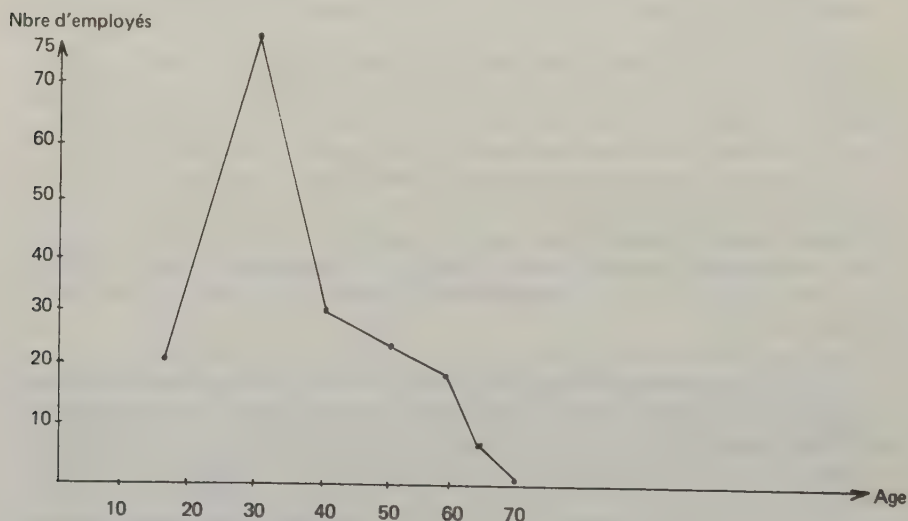
- Les retraités des compagnies supportent mal leur isolement ; peut-être est-ce un problème commun à tous les gens de cet âge. De plus ils se montrent réticents à fréquenter les clubs créés à leur intention, répugnant à se retrouver entre personnes âgées. De plus on constate une tendance à se replier sur eux-mêmes.

3/ Quelques données démographiques : extraites de la population des malades reçus en consultation et portant sur 177 cas.

- L'âge : il s'étale entre 17 et 65 ans et nous trouvons :

22 cas entre 17 et 20 ans
 76 cas entre 20 et 30 ans
 28 cas entre 30 et 40 ans
 23 cas entre 40 et 50 ans
 19 cas entre 50 et 60 ans
 8 cas entre 60 et 65 ans
 1 cas au-delà de 65 ans

La répartition des employés, en fonction de l'âge se traduit par la courbe suivante :



Nous observons donc un pic correspondant aux gens dont l'âge se situe entre 20 et 30 ans, et la courbe va en décroissant de part et d'autre de ce pic.

- Le sexe : la répartition est la suivante :

Femmes = 99 cas, soit 56 %
 Hommes = 78 cas, soit 44 %

- La situation familiale :

86 sont mariés, soit 48,7 %
74 sont célibataires, soit 41,8 %
2 sont veufs, soit 1,1 %
15 sont divorcés, soit 8,5 %

- Le lieu d'habitation :

75 habitent Paris, soit 45 % : il s'agit des cadres,
des couples sans enfants, des célibataires et des
retraités.
92 habitent en banlieue, soit 55 % ; ce sont en
moyenne des gens mariés avec des enfants.

- Le lieu d'origine :

77 viennent de Paris ou de la région parisienne,
soit 43 %.
71 viennent de province, soit 40 %.
29 viennent des territoires d'Outre-mer et surtout
d'Algérie, de Tunisie et du Maroc, soit 17 %.

II - OBSERVATION : LE MEDECIN ET LE MALADE

- 1/ Comment les malades nous sont-ils adressés ?
- 2/ Types de malades - Eléments de morbidité.
- 3/ Données épidémiologiques.
- 4/ Différence entre les faits allégués et les données épidémiologiques.
- 5/ Représentation et rôle du psychiatre dans l'institution :
 - a) rôle que l'on nous fait jouer.
 - b) rôle que nous ne pouvons pas jouer.

II - LE MEDECIN ET LE MALADE :

L'histoire de chacun est la résultante du vécu personnel par rapport aux différents milieux : professionnel, familial, social. Un conflit peut naître, réveillant souvent un conflit plus ancien non liquidé. C'est dans ces conditions que les malades nous arrivent au centre.

A/ COMMENT NOUS SONT-ILS ADRESSES ?

1) Certains viennent d'eux-mêmes : ils ont des difficultés et ils sont prêts à les aborder. Ainsi, Mme C., jeune femme de 29 ans, mariée depuis 9 ans, n'a pas d'enfant ; elle a présenté 5 fausses couches à des stades plus ou moins avancés, elle a subi de nombreux examens qui se sont tous révélés normaux ; elle est venue nous trouver parce qu'elle avait accepté l'idée qu'elle désirait ces fausses couches.

2) Nous recevons également des malades qui nous sont adressés par les médecins à la suite d'une visite systématique, donc obligatoire et annuelle. C'est plus l'observation du malade que le dialogue avec celui-ci qui amène à conseiller une consultation psychiatrique ; aussi le contact avec nous est-il rendu difficile de par la brusquerie de la décision, et une faible motivation.

3) Les généralistes nous adressent des malades, souvent après un moment d'observation ; ils sont donc préparés, coopérants.

4) Certains spécialistes dirigent sur notre consultation des malades qui somatisent leur angoisse ; ce sont essentiellement le cardiologue, le rhumatologue, le dermatologue et le gastro-entérologue.

5) Quant aux médecins des compagnies, il semble que leur proposition d'envoyer un malade en consultation psychiatrique puisse avoir deux aspects : dans un premier cas elle représente une étape indispensable ; en effet, un employé qui désire consulter au centre doit demander l'approbation du médecin de sa compagnie. Par ailleurs, il arrive à ce médecin de se trouver devant un employé ayant dans son passé des symptômes psychiatriques, et ils demandent l'avis du psychiatre quant à la reprise de travail ou à l'embauche.

6) Les assistantes sociales qui voient régulièrement certains employés en difficulté attendent un moment favorable pour nous les envoyer. En général, ils sont prêts à accepter notre intervention, quoique parfois désemparés par notre type de prise en charge, étant habitués au maternage des assistantes sociales, mais cela ne constitue pas un obstacle puisqu'ils étaient prêts à cette consultation.

7) Les malades envoyés par les infirmières des compagnies sont généralement moins gravement perturbés que les précédents ; le maternage de l'infirmière leur a permis de se maintenir sans dommage dans leur milieu professionnel ; et il nous semble que c'est leur lassitude ou leur angoisse qui les amène à conseiller à ces employés une consultation psychiatrique.

8) Des chefs de service nous adressent certains de leurs employés parce qu'ils perturbent leur service et sont mal supportés. La demande est alors formulée par eux de façon autoritaire qui enferme psychiatre et malade dans un dilemme comme : guérison ou rejet.

9) Nous n'avons jamais reçu de malade adressé par un des membres de sa famille ; cela tient probablement au fait que le centre est inséré uniquement dans le milieu du travail.

10) Nous voyons quelquefois des malades envoyés par d'autres malades et le premier contact est alors imprégné de l'existence de cette tierce personne.

La motivation des malades à notre consultation varie-t-elle selon la façon dont ils nous sont adressés ? Il semble bien, car selon les circonstances nous percevons de la méfiance ou de la réticence, ou bien le contact s'établit facilement.

B/ QUELS TYPES DE MALADES VOYONS-NOUS ?

Précisons tout d'abord que nous recevons à peu près autant d'hommes que de femmes ; la limite inférieure d'âge est de 17 ans et il n'y a pas de limite supérieure puisque nous recevons depuis 3 ou 4 ans des retraités.

La pathologie s'étale de la petite décompensation lors d'une situation conflictuelle à la psychose.

1) Types de malades :

La pathologie est variée ; elle va de la petite décompensation névrotique à l'occasion d'une situation conflictuelle à la psychose.

- Les états névrotiques :

Ces malades consultent à la suite de manifestations aiguës, tel-

les que des "crises de nerfs ou des lipothymies" auxquelles on trouve souvent des causes déclenchantes apparemment minimes, telles qu'une remarque désobligeante d'une ou d'un collègue ; ces crises se manifestent sur un terrain anxieux, chez les personnes phobiques ou hystéro-phobiques. Ainsi, Mme B. nous a été adressée à la suite d'un malaise consécutif à une remarque de son chef. L'interrogatoire nous apprend que depuis plus d'un mois, elle présentait des insomnies avec des réveils précoces, accompagnés de ruminations et une irritabilité inhabituelle.

Hommes et femmes présentent ce symptôme, la fréquence est plus grande chez les femmes, et chez les hommes il apparaît dans un contexte de grande immaturité affective.

- Les réactions dépressives :

C'est la pathologie la plus fréquemment rencontrée. Sur les 177 cas étudiés, nous en notons 50. Les symptômes les plus fréquents sont les pleurs, la tristesse, l'irritabilité, l'insomnie. Ces malades se sentent abandonnés, et somatisent leur angoisse, le plus souvent sur le plan cardiaque, digestif et respiratoire.

Ainsi Mme R. est une employée de 38 ans, mère de 3 enfants. Actuellement, elle se plaint d'insomnies, de crises de larmes, elle est triste et souffre de douleurs précordiales, accompagnées de palpitations. Cet état a débuté peu après la mort, d'un cancer du sein, d'une de ses amies ; or, elle-même présente un nodule à un sein dont on lui a affirmé il y a 4 ans qu'il ne s'agissait pas d'un cancer. Elle était incapable de parler de ses craintes à quiconque, persuadée qu'on ne la comprenait pas.

Il semble que dans de tels cas la réaction dépressive soit consécutive à l'angoisse.

- Les états dépressifs :

Ils se distinguent des précédents par leur plus grande gravité. Le malade est accaparé par ses symptômes, et en devient apragmatique. La maladie est apparue depuis des mois. Les symptômes principaux en sont la tristesse, les pleurs, l'inintérêt, voire le dégoût de tout, l'auto-dépréciation, un sentiment d'incapacité ; souvent le malade a des idées de suicide ou a même fait des tentatives.

Ainsi, M. C. ayant un poste de responsabilité dans un service de comptabilité, sans antécédent psychiatrique, donnait une impression d'épuisement lors de la première consultation. Il pleurait, s'accusait de son incapacité à travailler, les traits de son visage étaient effondrés, ses gestes rares. Il disait n'avoir pas tenté de se suicider parce qu'il avait des enfants dont il était responsable. M. C. avait travaillé bien au-delà des heures normales pour faire face à un travail intense.

Nous avons relevé 14 cas de ce type sur 177, soit 7,8 % dont 10 chez des hommes et 4 chez des femmes.

- Les dépressifs chroniques : ou psychasthéniques.

Ils doutent constamment d'eux-mêmes et passent leur temps à vérifier leur travail, d'où leur extrême lenteur ; ils sont d'autant moins bien supportés qu'ils sont intelligents et on les taxe alors de paresse.

M. de B. a eu de gros problèmes de travail alors qu'il occupait un poste simple, apparemment bien au-dessous de ses moyens intellectuels ; il était lent, constamment fatigué, vérifiant plusieurs fois les dossiers qu'il venait de classer. Cela aboutit à une situation de conflit avec son employeur, et comme tous ces malades, M. de B. quitta la compagnie et continua sa désescalade professionnelle.

De tels cas se voient rarement ; nous en trouvons un cas sur les 177 malades étudiés.

- Les éthyliques :

Ils sont nombreux dans le milieu des compagnies d'assurances, se voient à tous les niveaux de la hiérarchie, plus fréquents chez les hommes que chez les femmes ; les hommes boivent en société, les femmes chez elles, lorsqu'elles sont seules.

L'éthylisme semble être un moyen de lutter contre un état dépressif et anxieux sous-jacent. Ces malades sont difficiles à traiter en raison de leur situation sociale souvent défectueuse : personnes seules, isolées, immatures et n'ayant pas dépassé, en raison de cette immaturité un événement traumatisant tel que divorce ou deuil, par rapport auquel ils ont une attitude très passive.

Ainsi, M. B., éthylique et comitial, âgé de 57 ans, occupe un emploi de coursier. Il se présente comme très fruste, puéril, il vit seul et dit boire depuis que sa femme l'a quitté. Ses investissements tant dans son travail que dans sa vie personnelle sont pauvres.

- Les malades psychosomatiques :

Nous en trouvons 39 cas sur 177, soit 22 %. La somatisation se manifeste dans différents domaines :

- Le coeur : 10 cas : 6 femmes, 4 hommes ; les malades se plaignent de palpitations, de douleurs précordiales, de sensation de striction cardiaque.
- Le système digestif : 10 cas : 7 femmes, 3 hommes. Les symptômes sont variables : sensation de boule dans la gorge, de

barre épigastrique, gastrite, ou obésité.

- Le système respiratoire : 7 cas dont 5 femmes et 2 hommes. Il peut s'agir de crises d'asthme de fréquence et d'intensité variable, de sensation d'étouffement.
- La peau : nous trouvons un cas de psoriasis chez un jeune homme de 17 ans.
- Les céphalées : 9 cas dont 3 hommes et 6 femmes ; elles sont de localisations variées, se manifestent dans la journée.
- Hypertension artérielle : 1 cas chez un homme de 60 ans.

Les symptômes digestifs, cardiaques et respiratoires accompagnent souvent d'autres manifestations psychiatriques telles qu'angoisse et réaction dépressive ; alors que lorsqu'il s'agit d'hypertension artérielle, de manifestations dermatologiques, nous avons l'impression d'une maladie isolée et dans laquelle le malade s'isole également.

En effet, nous avons reçu deux jeunes filles présentant une pathomimie, adressées par le dermatologue. Toutes les deux étaient malades depuis plus d'un an. Elles avaient en commun des problèmes oedipiens, qu'elles exprimaient avec une grande facilité lors de la première consultation, mais des résistances apparurent très vite et elles furent incapables d'aller plus loin que l'exposé de leurs difficultés de relations.

Chez ces malades, deux constatations sont à noter : leur rigidité et leur ambivalence par rapport à leurs symptômes.

Ainsi Mme B. présentait des douleurs abdominales mal localisées et des troubles du transit. Elle attendait de nous que nous la soulagions sur un mode revendicatif, mais tout traitement s'avérait inefficace, et elle semblait en tirer un bénéfice narcissique et un jour prononça cette phrase : "je souffre bien... très bien."

- Les psychotiques :

Nous en voyons peu. Nous en trouvons 6 sur 177 cas. Ils consultent peu au centre. Le plus souvent, ils sont pris en charge par leur secteur, après une hospitalisation et cela est préférable, en raison de leur instabilité professionnelle. Les paranoïaques échappent souvent à ce type de prise en charge, car bien souvent mal tolérés dans leur milieu de travail, ils sont rarement reconnus par celui-ci comme malades mentaux ; leur entourage les rejette au bout de quelques années par lassitude et non en raison de l'angoisse, contrairement aux schizophrènes.

Ainsi Mme C. travaillait depuis 7 ans dans la Compagnie lorsqu'elle nous a été adressée pour "des troubles du caractère". Cette malade présente tous les caractères paranoïaques : hypertrophie du Moi, rigidité, et un délire systématisé centré sur ses origines juives en vertu desquelles on la persécute, on la rejette. Se sentant supérieure à ses collègues, elle les méprise et a un comportement agressif à leur égard.

Il est logique que la majorité des malades soient de petits névrosés puisque nous exerçons dans le milieu du travail, et que nous sommes donc amenés à voir des gens aptes au travail, malgré quelques décompensations passagères.

C/ DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES :

Les causes immédiates des décompensations sont multiples, mais elles ne déclenchent un état pathologique que si elles entrent en résonance avec un conflit plus ancien, plus profond et non résolu.

1) Dans le travail :

Diverses circonstances peuvent être vécues comme traumatisantes par un employé :

a - l'obtention d'une promotion, même désirée est source d'angoisse, accompagnée d'un sentiment d'incapacité, et cela peut aller jusqu'à une attitude d'échec.

Mme B. fut chargée de diriger un groupe de 8 personnes environ. Elle réagit par une angoisse importante, se plaignit de "trous de mémoire", elle parvint très vite à surmonter cet état. Tel ne fut pas le cas de M. C., qui, par son ancienneté, fut promu chef de service : il devint anxieux, puis déprimé et il fallut se résoudre à lui proposer un poste moins important. Sa réaction surprit son employeur, car il n'avait jusque là posé aucun problème.

b - l'absence de promotion peut être également traumatisante : l'employé travaille pour être reconnu de son chef et celui-ci n'en fait rien ; il s'ensuit une blessure narcissique, qui peut être considérée comme une réaction puérile, mais cette dépendance de l'employé à l'égard de son chef reproduit elle-même une situation infantile.

Ainsi, Mlle R. travaillait dans le but de plaire à son chef, comme elle avait voulu plaire à son père ; malheureusement son effort ne fut pas récompensé et cela fut le point de départ de toute une série de réactions dépressives, nécessitant de fréquents arrêts de travail.

c - parfois l'accès pour une femme, à un poste d'autorité lui pose des problèmes, s'accompagne d'un état de malaise.

Mme C. fut nommée chef d'un groupe. Quand nous la vîmes, elle se plaignit d'asthénie, d'irritabilité et exprima très vite son sentiment d'inconfort dans son travail ; elle oscillait vis-à-vis des employés sous ses ordres entre l'autoritarisme et la passivité, aucune de ces deux attitudes n'étant satisfaisante pour elle ; or, mariée et mère d'une petite fille, elle était restée très dépendante de ses parents et soumise à eux ; il semblait que l'on puisse faire une corrélation entre son comportement vis-à-vis de l'autorité qu'elle devait exercer et sa soumission à ses parents.

d - le surmenage : se solde parfois par un état d'épuisement psychique et physique, mais l'on perçoit toujours derrière ce syndrome dépressif une prédisposition au surmenage.

Par exemple, M. L., ancien militaire en retraite, ne s'est que fort mal adapté à la régularité de sa vie civile. Le risque de la vie militaire lui permettait de canaliser son angoisse ; le travail régulier et son contexte ont été à l'origine d'un comportement qui équivalait à une autodestruction : éthylisme, tabagisme, alors qu'il présente une bronchite chronique, et surmenage ; ses supérieurs ayant perçu son besoin de se perdre dans le travail le placent dans des services qui ont besoin d'être remis en ordre. Il s'épuise régulièrement à ces tâches, et cela se solde par des arrêts de travail parfois suivis d'hospitalisation qui lui donnent toute satisfaction du fait de l'état régressif qui en résulte.

e - les personnes ayant des difficultés de relations supportent très mal un changement de service.

Mme O. présente une réaction dépressive consécutive à un changement de service récent. Elevée par sa mère et un beau-père éthylique et violent, elle a une soeur plus jeune. Elle s'est toujours sentie rejetée par ses parents qui lui auraient préféré sa soeur cadette, mais en même temps, elle fait en sorte de rester très dépendante d'eux ; au travail, elle reproduit la même situation : elle se vit comme rejetée par ses collègues, mais ne fait rien pour s'intégrer au groupe ; si celui-ci l'accepte et lui témoigne de l'intérêt, elle adopte par rapport à lui l'attitude passive du petit enfant par rapport à sa mère.

f - parfois on constate une inadaptation au travail.

Ainsi M. B. ayant abandonné la profession de boulanger pour des raisons physiques, est entré comme petit employé dans une compagnie d'assurances. Issu d'une famille de 13 enfants dont il était le 12^e, il a dû travailler dès l'âge de 12 ans, au détriment de son instruction. Son nouveau travail ne lui a jamais plu ; il se sentait parfois complexé par son faible niveau culturel, et à l'occasion d'un changement dans son travail il a présenté un état dépressif important.

Un autre exemple d'inadaptation au travail est celui de M. C : il était entré dans une compagnie d'assurances pour plaire à sa femme qui n'appréciait pas son métier de soudeur - tuyauteur imposant le port des "bleus de travail". Cela n'a pas pour autant résolu les problèmes de couple et Mme C. a brusquement quitté le foyer et demandé le divorce. Certes, la dépression de M. C. provenait de sa situation conjugale, mais aussi de ce qu'il n'avait plus aucun intérêt à exercer son emploi. Il exprima les regrets de son ancien métier et finit par le ré-exercer.

2) De multiples circonstances extérieures au travail peuvent déclencher un état pathologique.

a - bien des jeunes de 17 ans se voient dans l'obligation de quitter leur famille, leur province, leur milieu habituel pour venir travailler à Paris. Ils s'y adaptent très mal et réagissent par un état dépressif.

Mlle B., âgée de 18 ans, vient de l'île de Ré où elle est née. Vivant dans une famille modeste, elle a préparé un C.A.P. de comptabilité, mais n'a pas trouvé d'emploi correspondant à ce C.A.P. dans sa région. Elle travaille à Paris depuis un an, mais supporte mal la séparation d'avec son milieu familial à laquelle elle ne s'était pas préparée, et ne s'adapte pas à sa nouvelle vie.

b - la solitude : est un problème que l'on rencontre très fréquemment, à la suite d'un deuil ou d'un divorce. Elle est presque la loi des retraités et chez eux il est difficile d'y trouver une solution. Certes nous leur proposons des clubs qui existent dans différents arrondissements, mais peu d'entre eux acceptent cette proposition car ils répugnent à se retrouver uniquement entre gens du "troisième âge".

c - la retraite : est source de décompensation, chez les hommes surtout, pour ceux qui durant leur période d'activité n'ont porté d'intérêt qu'à leur travail. Ils se trouvent brusquement démunis et passent de l'hyperactivité à la passivité totale.

Ainsi, M. de M. n'a pas de problème jusqu'à la retraite. Il travaillait et cela seul importait ; il n'avait pas conscience qu'il fuyait ainsi ses problèmes personnels et familiaux. Six mois après sa retraite il vint nous consulter ; et il était évident que n'ayant pas l'argument du travail pour quitter son domicile parisien et suivre sa femme à la campagne, il se soumettait à contre coeur aux désirs de celle-ci ; il avait de tous temps souhaité avoir une activité politique et alors qu'il en avait le temps, il trouvait de nombreux arguments pour ne pas le faire. En fait, il s'était servi du travail pour fuir ses difficultés, mais dès la retraite, tous ceux-ci resurgirent brusquement.

d - il arrive que des malades utilisent le milieu du travail pour expri-

mer des difficultés familiales :

Ainsi M. M. avait été affecté au service de la programmation et lorsqu'il présenta un état dépressif on le mit aisément sur le compte du travail ; en effet, il avait un horaire très irrégulier, travaillant de nuit comme de jour. Mais après quelques entretiens la réalité se fit jour : M. M. se plaignait de l'embonpoint de sa femme, de son indifférence à son égard et c'est cela qui l'avait amené à accepter un emploi auprès des machines électroniques.

Mme B. a des "malaises" au travail, elle présente des lipothymies et maintenant que nous la connaissons nous cherchons à savoir ce qui s'est passé avec son mari avec lequel elle a de grosses difficultés de relation. En cas de conflit avec celui-ci, elle choisit le bureau pour exprimer son malaise.

3) Différence entre les faits allégués et les données épidémiologiques :

Certaines conditions de travail sont présentées comme pathogènes et il serait intéressant de savoir dans quelle mesure elles le sont réellement, peut-être ne représentent-elles qu'un facteur pathogène "écran".

- les pools dactylographiques : dans lesquels sont regroupées des dactylos casquées d'écouteurs et tapant sur leurs machines des documents enregistrés sur bandes. Il arrive que le pool soit mal supporté en raison du nombre d'employées qui le constituent, toutes des femmes, qui contraste avec l'isolement consécutif au travail et aux conditions de travail.

En réalité cette intolérance au pool est ressentie par des dactylos ayant dépassé la quarantaine et ayant connu antérieurement d'autres conditions.

- les mises au rendement : ce mode de travail n'est pas général, mais il déclenche des réactions variées.

Mme B., spasmophile, a commencé à éprouver des difficultés le jour où on a exigé d'elle un rendement minimum ; elle présenta plusieurs "crises de nerfs" exprimant ainsi son angoisse devant ce qu'elle ressentait comme une mise à l'épreuve. Son état redevint normal dès qu'elle changea de service et abandonna "le rendement" et son travail redevint satisfaisant.

Par contre, il arrive que les employés trouvent de grandes satisfactions dans le rendement, un malade l'exprimait ainsi :

" Il y en a qui se défoncent de cette façon. "

Dans le premier cas, le malade réagit par une attitude d'échec, dans le second cas l'employé investit exagérément dans son travail, de manière obsessionnelle. De toutes façons cette condition de travail représente un mode d'investissement pathologique.

- les fusions entre plusieurs compagnies sont très fréquentes, elles se réalisent en plusieurs mois et cette attente doublée d'incertitude quant à l'avenir est très souvent source d'angoisse.

Mme S. est une malade très inhibée et anxieuse, avec d'importantes difficultés de relations. Elle travaille depuis 4 ans dans le même service dans lequel elle est intégrée sur le plan du travail, mais très mal sur le plan social, et au prix d'une lutte intense. Elle redoute la fusion prévue pour une période qu'elle ignore et n'ose s'absenter de son lieu de travail craignant de ne pas le retrouver, de la même façon, elle n'osait pas quitter sa mère cardiaque lorsqu'elle était enfant, craignant qu'elle ne meure durant son absence et de plus c'est ce qui arriva.

Il apparaît que les employés qui ne supportent pas l'idée d'une fusion sont ceux qui, de par leur angoisse, ne supportent pas un changement quelconque dans leur vie.

- les changements fréquents de service ont deux aspects : dans un premier cas, ils semblent être envisagés délibérément, faire partie d'un type d'organisation du travail.

Mme R. est allée de service en service, restant quelques mois dans chacun d'eux ? Elle ne put établir de relations stables avec aucun groupe et devint vite peu motivée à investir dans son travail. Elle changea de compagnie, occupa un poste fixe, son comportement s'améliora aussitôt.

Dans un second cas, les changements de service sont la conséquence d'un comportement pathologique de l'employé qui se fait rejeter par les différents groupes parmi lesquels il se trouve.

M. D. nous a été adressé par l'assistante sociale de sa compagnie parce qu'il avait eu, à plusieurs reprises un comportement agressif à l'égard de ses collègues et supérieurs des différents services dans lesquels il avait été placé. En fait, il se présentait comme dépressif, mégalomane et homosexuel, tout à fait inadapté au mode de travail des compagnies d'assurances.

Ainsi, en face de changements de service, il faut tout d'abord en cerner l'étiologie : elle provient de l'employeur, et ils sont source de frustrations répétées pour l'employé, elle provient de ce dernier en raison d'une pathologie précise.

- le paternalisme n'est pas un fait allégué par le malade qui, dans les cas que nous avons observés, est satisfait de l'état régressif dans lequel on le maintient, mais il pose un problème car cette hyperprotection sous-tend un rejet qui se manifeste de la part du milieu du travail dès la décision d'une consultation psychiatrique.

M. de M., âgé de 60 ans, était employé depuis 10 ans dans la même compagnie, vivant seul. Incapable de gérer son budget, on en avait chargé l'assistante sociale ; ses retards devenant de plus en plus fréquents et importants on lui acheta un réveil, ce qui ne modifia pas la situation. Devant l'inefficacité de tous ces moyens, on nous l'adressa en nous plaçant devant l'alternative suivante : guérir M. de M. ou bien l'arrêter définitivement. Lorsque nous le vîmes, le diagnostic fut aisé, il s'agissait d'un mélancolique ; il fut hospitalisé puis envoyé dans une maison de retraite.

Il s'agit d'un cas extrême, mais il arrive de pouvoir, après un arrêt de travail, envisager une réinsertion du malade et on se heurte alors à la réticence, voire au refus de l'employeur.

- très souvent les employés se plaignent de la dispersion des tâches, du manque de contact avec leurs supérieurs, du manque de responsabilité. Ils se vivent comme maintenus dans un état régressif, dans l'impossibilité d'établir avec leur travail une relation d'objet.
- les calculatrices : leur arrivée est très mal supportée par les employés des deux sexes ayant la cinquantaine. Elles sont vécues comme des rivales et à juste titre car il va falloir soit s'adapter à elles, soit accepter un autre emploi. L'adaptation à ce nouveau mode de travail, à 50 ans, est très difficile.

Mme M. âgée de 57 ans, dans les conditions de travail habituelles, maîtrisait convenablement son hyperémotivité. A l'arrivée des calculatrices, elle n'a pas supporté les nouvelles conditions de travail qui en résultaient ; elle présentait une "phobie des machines", un état dépressif qui a nécessité une mise en longue maladie.

Il est fréquent qu'une innovation, une modification, soit mal supportée à l'âge de 50 ans, et dans le cas présent, l'âge et la personnalité des employés sont responsables de leur fuite.

Nous voyons donc que, parmi les faits allégués certains sont pathogènes pour un groupe, et posent le problème de leur justification, d'autres sont pathogènes pour un individu, et cela pose le problème de l'adaptation au travail.

4) Représentation et rôle du psychiatre dans l'institution.

a - rôle que l'on nous fait jouer :

Tout médecin du centre, du fait du type de malades qu'il reçoit (des employés des compagnies d'assurances) est amené, de son fait ou du fait de l'employeur à entrer en relations avec celui-ci. La demande de part et d'autres peut revêtir différents aspects que nous allons tenter d'exposer.

Psychiatre : médecin du travail : il joue ce rôle dans différentes circonstances.

a) Lors d'une embauche : il faut tout d'abord constater que ce sont le plus souvent des adolescents que nous sommes amenés à voir dans de telles circonstances. Souvent, il s'agit de leur premier emploi. Ils sont examinés en premier lieu par le généraliste de leur compagnie ou du centre puis par nous, si celui-ci se juge insuffisamment informé pour prendre une décision. La plupart du temps, ces jeunes présentent une comitialité connue et traitée ou des "crises de nerfs" ; ils nous sont adressés au cours de leur mois d'essai. Dans le cas de la comitialité il est facile de décider de l'aptitude à l'emploi, moyennant parfois quelques conseils, comme ce fut le cas pour M. M., garçon de 17 ans, à Paris depuis un mois à peine. Ayant besoin d'argent, il profitait de ses week-ends pour travailler dans des grands magasins comme magasinier. Ceci eut pour conséquence une réapparition des crises. Nous lui conseillâmes donc de se reposer durant le week-end afin d'éviter les crises et les problèmes au travail, ce qu'il fit ; revu un mois après, tout était rentré dans l'ordre, tant sur le plan de la comitialité que sur le plan de l'emploi. En ce qui concerne "les crises de nerfs" les jeunes qui les présentent ont tendance à les cacher. Nous en sommes informés par le médecin du travail, et durant l'entretien il arrive un moment où il faut en parler et cela déclenche souvent une réaction hostile, quelque peu agressive. Dès que l'on peut dire au jeune que ces crises ne sont pas une contre indication à son embauche, mais qu'elles constituent une gêne, il accepte d'en parler, de revenir, de suivre un traitement ; et de jure, le psychiatre redevient thérapeute. Car c'est en fait le problème : sollicité par l'employeur pour juger de l'aptitude à l'embauche d'un employé qui est lui-même informé du but de cette consultation, le médecin se heurte à la méfiance hostile du malade qui tend à nier ses symptômes, alors qu'il faut l'amener à en parler et éventuellement à accepter un traitement.

b) Lors d'une reprise de travail : en effet certains employeurs n'acceptent de reprendre des employés ayant interrompu leur travail depuis au moins un mois, qu'après l'avis favorable d'un médecin du centre et ce, en dépit de la reprise de travail remise en bonne et due forme par le médecin traitant. Cela pose plusieurs problèmes : pourquoi l'avis du médecin de ville ne suffit-il pas ? L'employeur suppose-t-il

qu'on veille mieux à ses intérêts au centre qu'en ville ? et comment ne pas risquer de fausser la relation médecin-malade en y introduisant une tierce personne ; de plus, dans ces conditions le contact entre le malade et le psychiatre du centre est difficile car il s'agit d'une visite par principe unique, au cours de laquelle il faut s'informer de l'état du patient, sans pour autant gêner la relation déjà établie avec le médecin traitant. La meilleure solution, lorsque c'est possible, est d'aviser celui-ci de la démarche qu'on impose à son patient et de se ranger à son avis.

c) Dans certains cas, le malade ne nous semblant pas adapté à son travail, nous demandons s'il est possible d'envisager un changement de service.

Mme B. dont nous avons déjà parlé, s'est décompensée du jour où on lui a demandé de travailler au rendement. Nous avons obtenu qu'elle soit replacée dans un autre service, où il n'était pas question de rendement, ce qui a mis fin à son anxiété.

En outre, de même que l'on parle en pédo-psychiatrie de l'enfant-symptôme, on peut parler dans le milieu du travail, de l'employé-symptôme. Il arrive en effet qu'un malade se présente à nous, dans un état émotionnel très perturbé : pleurs, angoisse, agitation, et exprime un conflit avec un collègue.

Mlle P. en fut un exemple. En dehors d'une vie mouvementée avec quelques difficultés, car elle avait eu des déboires professionnels auxquels elle avait sainement réagi, rien de pathologique chez elle ne nous semblait justifier son état. Nous primes des renseignements qui révélèrent que Mlle P. était dans son service, obligée de côtoyer une personne très perturbée qui avait déjà fait fuir de nombreuses collègues et qu'elle était la seule à supporter relativement bien. Finalement, grâce à l'intervention d'une déléguée syndicale, elle obtint son changement de service ; elle reste très émotive, mais n'a pas de problème au travail.

d) On nous demande parfois de juger de l'aptitude d'un employé à exercer un emploi déterminé :

Nous avons constaté que de telles demandes sont plus souvent formulées par l'employeur que par le médecin du travail et qu'elles concernent alors des personnes ayant un rôle important dans la compagnie ou côtoyant la direction.

Nous citerons le cas de M. L. car il représente un cas que nous voyons souvent :

Cet homme de 40 ans occupait un poste d'Inspecteur dans sa compagnie ; nous le vîmes pour la première et unique fois en 1971. En

1968, il fut hospitalisé en province pour un infarctus du myocarde. Simultanément il présentait un état dépressif réactionnel à de gros problèmes familiaux. Il vit un neuro-psychiatre durant son hospitalisation, qui prescrivit un traitement anti-dépressif ; il quitta l'hôpital et put reprendre son travail quelques mois après. Entre 1969 et 1971 il dut s'arrêter de nouveau, une première fois du fait d'une fracture du membre supérieur droit, une seconde fois pour subir une intervention chirurgicale. Sa visite au centre fut précédée d'une lettre de son employeur nous informant de ce qu'il connaissait de son histoire, mais semblant ignorer les raisons des deux derniers arrêts de travail, comme s'il tenait à les mettre sur le compte de l'état dépressif de M. L., lequel était tout à fait apte à assurer son travail, ce dont nous fîmes part à l'employeur de la façon la plus neutre possible. De tels cas se présentent quelquefois et nous avons le sentiment qu'ils sous-tendent un conflit, peut-être latent entre employeur et employé et que celui-ci attend implicitement que le psychiatre le résolve, ce qui bien entendu n'étant pas son rôle exige une neutralité absolue.

Relations Psychiatre-Employeur :

a) Nous sommes parfois amenés à jouer un rôle d'arbitre ou plutôt de médiateur, entre l'employeur et le malade : ainsi, M. H. nous fût adressé par le médecin de sa compagnie en raison de son absentéisme.

M.H., psychasthénique, avait un rendement médiocre, d'autant plus qu'on l'avait placé à un poste où il était obligé de faire des calculs, ce dont il se plaignait beaucoup. Il était allé trouver son chef de service pour lui faire part de son mécontentement ; celui-ci lui avait promis que dès qu'un emploi mieux adapté à lui se libérerait il le lui proposerait. Durant plusieurs mois nous vîmes M. H. faisant les mêmes plaintes, répétant les mêmes démarches auprès de son chef qui lui faisait toujours la même promesse. Durant cette période, nous primes contact avec le médecin du travail afin de savoir pourquoi la situation restait figée. Celui-ci nous répondit qu'étant donnée l'improductivité de M. H., le chef de service avait choisi de l'apaiser par des promesses, mais il avait l'intention de la garder dans son service dans le but de le mettre à l'abri d'un renvoi. Nous proposâmes que l'on tint le malade au courant de ces décisions ce qui fut finalement fait et qui eut pour lui un résultat bénéfique, car il accepta son travail, cessa de se plaindre et n'éprouva plus le besoin de venir à notre consultation.

Il arrive que :

b) psychiatre et employeur n'aient aucune relation parce que nous les jugeons inutiles, voire néfastes.

Ainsi M. H. vint nous trouver sur les conseils d'une assistante sociale, pour un état anxieux important en relation avec des difficul-

tés au travail. M. H. aborda d'emblée son problème : il travaillait sous les ordres d'un chef de service qu'il présentait comme autoritaire, rigide, très exigeant ; placé en face d'une telle personnalité, M. H. devenait de plus en plus anxieux, n'osant aller trouver ce chef pour lui demander conseil à propos d'un dossier difficile ; il préférait cacher celui-ci et finit ainsi par se trouver dans une situation insupportable : il avait accumulé un important retard dans son travail et ne voyait comment s'en sortir, puisqu'il aurait fallu qu'il présente ses dossiers en retard à ce chef qu'il craignait tant. Poussant plus loin l'interrogatoire nous apprîmes qu'il se plaçait dans des situations analogues dans sa famille et qu'il avait eu un père très autoritaire qui n'avait cessé de le traiter d'incapable. M. H. se trouvait donc en face de son chef de service tel qu'il était petit garçon, en face de son père. Il n'eut servi à rien d'intervenir auprès de son employeur, cela eut même risqué de lui être nuisible. Nous lui proposâmes une psychothérapie qu'il interrompit lorsqu'il se sentit assez fort pour affronter son travail, son chef de service et les membres de sa famille ; cette interruption fut prématurée, la suite des événements le prouva : nous le revîmes lorsque son chef de service atteint d'hémiplégie revint handicapé à son travail.

c) Par contre, il arrive que nous jugions indispensable d'entrer en relation avec le milieu du travail :

Lorsque nous nous trouvons en face d'un malade qui nous semble délirer, il est nécessaire d'en avoir confirmation et il est souvent plus facile de s'adresser au milieu du travail qu'à la famille.

Ainsi, Mme L. nous fut adressée dans des circonstances très floues : elle s'était rendue à notre consultation parce qu'elle avait reçu une convocation, mais elle en ignorait autant que nous, la cause. L'observation mit en évidence un état hypomaniaque et semblait-il un délire à thème érotomaniaque. Il fallut nous en assurer en demandant à l'assistante sociale de faire une enquête ; par chance cette malade était docile et revint volontiers, ce qui nous permit de lui proposer un traitement. Il n'y a malheureusement pas toujours une assistante sociale à qui l'on peut s'adresser dans de tels cas ; il faut alors avoir recours à une personne qui connaît le malade : chef de personnel, chef de service ; il s'agit d'une intervention délicate et qui ne peut être qu'exceptionnelle.

d) Il arrive que ce soit l'employeur qui prenne contact avec nous :

Cela ne pose pas de problèmes lorsqu'il s'agit de formalités administratives dans le but de régulariser la situation d'un malade : le Directeur d'un cabinet de courtage accompagna un de ses inspecteurs en arrêt de travail depuis un an à la suite d'un épisode confuso-onirique. Celui-ci avait versé son salaire intégral à son employé qui n'avait donc fait aucune démarche auprès de la Sécurité Sociale. La présence

simultanée des deux parties permet de mettre à jour l'hyper-protectionnisme de l'un, la passivité de l'autre et son état de dépendance, et d'y trouver une meilleure solution.

Souvent l'intervention de l'employeur a une signification qu'il est important de comprendre dans l'intérêt du malade. En effet, elle peut sous-tendre plusieurs motivations.

Son chef de service informé de l'éthylisme de M. S., sensible à ses conditions de vie (isolé en banlieue depuis son divorce, n'ayant plus revu son fils depuis) tentait de l'aider en l'invitant chez lui, en faisant avec lui une sorte de maternage. Il nous l'adressa : c'était un signe de lassitude de sa part, nous en prîmes conscience lors de son intervention deux mois après la première consultation de M. S. : celui-ci buvait encore, était déçu de lui et de nous. M. S. n'est plus revenu et nous pouvons craindre que n'ayant pas donné satisfaction il ait été renvoyé.

L'histoire de M. N. met en relief l'anxiété de l'employeur.

Ce malade de 57 ans a présenté une crise d'excitation maniaque qui sema la panique dans son bureau. Il fut hospitalisé et put reprendre son travail ; c'est alors que le chef du personnel vint nous trouver en nous exposant les faits et voulant avoir de nous, l'assurance qu'une telle crise ne se renouvellerait pas, ce qu'il nous était impossible d'affirmer. Nous vîmes M. N., il était calme, ne présentait aucun symptôme suspect, désireux de reprendre son travail. Nous eûmes ensuite un nouvel entretien avec le chef du personnel afin de le rassurer : son employé allait être suivi en milieu psychiatrique. Avant l'explosion de cette crise il avait des symptômes précurseurs à type d'insomnies qui désormais pourront attirer son attention. Il pouvait retravailler ce qui en outre le sortirait d'un isolement dangereux pour lui.

Il faut signaler que certains employeurs prennent contact alors que d'autres ne le font jamais et que nous savons que pour ceux-là, psychiatrie et malades mentaux sont rejetés en bloc et qu'une intervention risquerait d'être néfaste à l'employé :

Ainsi Mme B., hystéro-phobique a dû être hospitalisée quelques jours en milieu psychiatrique, cela a officialisé les doutes de son entourage à son égard : elle était une malade mentale. Depuis, elle n'a jamais eu un poste fixe, un avancement quelconque, elle a même fait un séjour dans un bureau isolé, où l'on regroupe les malades mentaux. Comment intervenir sans risquer de nuire à cette malade qui pose peut-être des problèmes, mais que ses conditions de travail aggravent encore.

C/ ROLE QUE NOUS NE POUVONS PAS JOUER :

La résolution des conflits dans un groupe est irréalisable et pourtant il arrive fréquemment que nous soyons informés de leur existence par des malades, puis par des personnes extérieures au conflit.

Ainsi, Mlle S., épileptique, âgée de 22 ans, est entourée de femmes de l'âge de sa mère avec laquelle elle est en opposition ; elle reproduit cette situation dans son groupe, et ses collègues réagissent comme sa mère, ne supportant pas son agressivité et l'agressant en retour. La solution trouvée fut celle de l'isolement de cette jeune fille et l'on peut se demander s'il n'aurait pas été préférable de permettre à chaque membre du groupe d'exprimer ce qu'il ressent par rapport à cette situation et de comprendre ce qui sous-tend cette agressivité ; cela aurait peut-être amélioré les relations individuelles.

L'intervention au niveau des conditions de travail : nous avons parlé précédemment du "travail au rendement", or il semble, que la tolérance en soit bonne ou mauvaise, qu'il s'agisse d'une condition de travail pathogène, puisqu'elle met en jeu les défenses névrotiques des employés.

Il nous est également impossible de contribuer à l'orientation des employés dans des secteurs mieux adaptés à leur personnalité que d'autres.

M. M. était chef de service ; à l'occasion de la fusion de sa compagnie avec une autre, suivie d'un remaniement du personnel, on lui a attribué un poste d'inspecteur. Cette fonction suppose une adaptabilité rapide et aisée à des situations variées, beaucoup d'assurance, la faculté de s'imposer. Or, M. M. a une personnalité phobique, toute situation nouvelle l'angoisse, il est très dépendant du milieu dans lequel il se trouve, n'ayant pas acquis une grande indépendance affective. Il se maintient dans ses fonctions d'inspecteur au prix d'une tension très grande, alors que placé dans un milieu stable il n'a pas à lutter.

Sans prétendre l'assurer, il serait souhaitable que les personnes ayant des postes de responsabilités, de chefs, aient une formation psycho-pédagogique ; en effet ils ont une place privilégiée dans leur groupe de travail, les employés reproduisent souvent avec eux, qui détiennent l'autorité, des situations qu'ils ont connues dans leur famille durant leur enfance ; s'ils sont l'objet d'agressivité, ils sont désarmés et peuvent répondre par leur propre agressivité ; s'il s'agit de sentiments plus tendres, d'une recherche de protection, il leur arrive de répondre à cette demande jusqu'au moment où elle devient insupportable et ils rejettent cet employé qui se sent abandonné, sans en comprendre la raison. Un chef devrait pouvoir favoriser de bonnes relations entre son groupe et éviter de se laisser englober dans une relation duelle.

La réinsertion des employés après de longs arrêts de travail, ou des arrêts de travail répétés est souvent difficile et ne facilite pas leur guérison. Or, nous n'avons aucun moyen pour aider ces malades.

Ainsi M. B. a été arrêté plusieurs mois à la suite d'une dépression nerveuse. Il a été réinséré dans sa compagnie, mais on ne lui propose aucun travail, ce qui fait naître chez M. B. un sentiment de rejet, de dévalorisation. Nous craignons une rechute si cette situation devait se prolonger.

Nous voyons donc que nous sommes acceptés dans la mesure où nous restons au centre avec les malades que l'on nous adresse, mais que notre rôle ne s'étend pas officiellement jusqu'à l'hygiène mentale des employés des compagnies d'assurances.

III - L'ACTION THERAPEUTIQUE ET PROPHYLACTIQUE

- 1) L'action thérapeutique.
- 2) L'action prophylactique.

III - L'ACTION THERAPEUTIQUE ET PROPHYLACTIQUE

1/ L'ACTION THERAPEUTIQUE :

Elle ne peut s'exercer qu'à condition que le secret médical soit respecté. En est-il ainsi ?

a) Le secret médical :

Le malade vient en consultation au centre et il faudrait que rien de ce qui se passe durant l'entretien ne filtre, ni au travail ni ailleurs. Le secret peut-il être respecté dans les conditions dans lesquelles nous exerçons ?

1. Nous l'avons vu, les malades se présentent lorsqu'ils arrivent au centre, au service de l'accueil où des employés sortent leur dossier afin qu'il soit remis au médecin. Ces employés sont, certes tenues au secret, mais elles ne sont pas au fait des problèmes psychiatriques, et l'histoire de certains malades peut vite prendre l'allure d'un roman que l'on raconte. Bien sûr, les dossiers des employés du centre ne sont pas accessibles de la même façon. C'est donc bien que l'on considère comme une indiscrétion, une violation du secret le fait de lire le contenu d'un dossier. Certains dossiers restent dans notre bureau, ceux qui renferment des données dont la connaissance par des tiers risquerait de nuire au malade, mais il s'agit d'une minorité. Le secret médical n'est donc que théoriquement respecté au centre.

2. Le secret par rapport à la famille : lorsque nous voyons un membre de la famille d'un malade c'est toujours avec son accord, sauf dans un cas, celui de Mlle P. qui présente une anorexie mentale et d'importantes difficultés de relations avec sa mère. Or, celle-ci était très perturbée par la maladie de sa fille et par son hostilité, et il nous semblait que des contacts occasionnels avec elle l'aideraient à mieux supporter la situation ; de son côté, Mlle P. a évolué et voit maintenant régulièrement sa mère et d'autres personnes.

Il nous arrive de voir les parents d'adolescents afin de tenter de dédramatiser une situation et de les amener à mieux supporter l'agressivité de leur enfant.

Connaitre l'entourage familial d'un malade permet de situer le malade et sa maladie. Ainsi, Mme K. présente une névrose d'angoisse qui s'est aggravée après la naissance de son premier enfant ; nous avons vu son mari, plus jeune qu'elle, qui supporte très bien l'état de sa femme, alors qu'elle est ainsi depuis 7 ans, parce qu'il se sent revalorisé par celui-ci et les responsabilités qui lui incombent. Il nous a semblé utile de le voir, de lui en faire prendre conscience, afin qu'il n'entretienne pas la situation actuelle.

De plus, celui qui se décompense est le plus faible, mais pas forcément le plus malade : ainsi Mme G. que nous avons vue déprimée et dont le mari est paranoïaque.

Dans tous ces cas, nous n'avons pas le sentiment de violer le secret médical, nous avons une attitude d'écoute, de conseiller parfois.

3. Respecter le secret par rapport au milieu du travail demande une plus grande attention, car le psychiatre est sollicité par celui-ci.

Le fait même que le malade quitte son bureau pour venir au centre, et ce donc, pendant les heures de travail, pour voir un médecin, qu'il présente à son chef un bon de rendez-vous justifiant son départ, oblige l'employeur à être informé de la maladie de son employé. Il peut être intrigué, irrité, inquiet et prendre parfois contact avec nous pour savoir ce qui se passe ou être rassuré. Nous avons reçu un chef du personnel qui venait nous voir à propos de la reprise de travail d'un employé après une hospitalisation pour accès maniaque qui s'était manifesté au travail. Ce chef du personnel voulait avoir l'assurance qu'il n'y aurait pas de récurrence. Il ne fut pas question de prendre un tel engagement, mais nous pûmes le rassurer ; ce malade allait être régulièrement suivi et savait maintenant que les insomnies qu'il avait présentées avant l'accès de manie étaient un des signes précurseurs, et s'en inquiéterait.

Le comportement de certains malades est parfois mal toléré et il peut devenir utile pour ceux-ci de savoir si cela va aboutir au renvoi, afin d'entreprendre des démarches qui le protégeraient. Il faut donc prendre contact avec l'employeur ; d'autres fois cette démarche s'impose dans un but diagnostique, l'observation seule du malade n'étant pas toujours suffisante.

Tous ces contacts comportent un risque : celui de violer le secret médical, essentiellement ceux qui existent avec le milieu du travail. Mais si l'on ne perd pas de vue l'intérêt du malade, il semble qu'on puisse échapper à ce risque ; ainsi qu'en adoptant une attitude d'écoute, la plus neutre possible.

La situation est plus simple lorsqu'on désire prendre contact avec le médecin ou l'assistante sociale de la compagnie à laquelle appartient

le malade pour lequel une intervention est nécessaire. Pour ne pas violer le secret médical il faut avoir constamment présente à l'esprit la pensée que les conditions de travail au centre risquent d'aboutir à ce résultat.

Psychiatre-thérapeute :

a) Il faut d'emblée signaler que le malade ne choisit pas le psychiatre, puisqu'il n'y en a qu'un au centre. Cela pourrait constituer un obstacle, il ne semble pas ; ce qui importe, c'est la participation du malade à la décision de consulter. Certains suivent les directives de la personne qui les adresse à nous, incapables de s'opposer à celle-ci. Ainsi ce jeune homme adressé par un généraliste du centre et qui n'a pas osé ne pas se rendre à notre consultation. Il fut très réticent durant l'entretien. Incapable d'assumer son agressivité à l'égard de son père, il tentait de l'annuler, et se montra très fuyant. Nous nous contentâmes de lui exposer, en conclusion, les contradictions que nous avions notées et nous lui proposâmes de revenir de son propre chef le jour où il serait prêt à aller plus loin dans la compréhension de ses difficultés.

Ainsi quelques consultations se réduisent à une prise de contact lorsque les malades viennent en se sentant contraints à le faire et ne sont pas prêts à aborder leurs difficultés.

b) Par ailleurs notre action au centre est celle de tout psychiatre : à l'observation du malade succède la prescription d'un traitement et la surveillance ; il arrive que nous soyons amenée à proposer une hospitalisation, elle n'est qu'exceptionnellement imposée : cela tient au type de malades que nous recrutons.

Il existe deux cas où les arrêts de travail posent un problème : un employé d'une compagnie d'assurances n'est titulaire qu'au bout d'un an, donc durant un arrêt maladie, avant ce délai, il ne reçoit aucun salaire ; lorsque c'est possible nous maintenons l'employé au travail en le voyant très fréquemment. Le deuxième cas est celui des arrêts prolongés ; depuis peu il a été décidé que l'employeur pouvait renvoyer un employé après 6 mois d'arrêt ; il est donc prudent de tenter une reprise avant ce délai, ou bien de s'assurer que le malade sera réintégré quelle que soit la durée de sa maladie et de son arrêt, car l'annonce d'un renvoi chez une personne encore fragile risque de provoquer une rechute. Nous voyons donc l'intérêt d'être informés des lois propres aux compagnies d'assurances pour aider au mieux le malade.

c) Les psychothérapies : sont-elles possibles au centre ?

Dans les faits, nous devons constater qu'une seule parmi celles que nous avons tentées a eu une fin.

Mme d'H. était venue nous trouver désireuse d'entreprendre une psychothérapie, sa décision était mûrie par quelques lectures préalables ; les séances eurent lieu pendant le temps dont elle disposait pour déjeuner, tout se passait donc en dehors du milieu du travail. Elle put, contrairement à bien des malades, exprimer sainement son agressivité vis-à-vis de celui-ci, puis son agressivité vis-à-vis de nous-même ; M. d'H. a une personnalité obsessionnelle et souffrait de "ressembler à sa mère".

Des tentatives de psychothérapies ont été faites en centre. Cinq psychothérapeutes se sont succédés en 3 ans. Cet échec laisse supposer que l'on se heurte à des obstacles qui tiennent peut-être aux psychothérapeutes et aux conditions de traitement propres au centre.

Quels sont les obstacles provenant du centre ? Celui-ci se situe, dans la plupart des cas, très près du lieu de travail des employés qui peuvent en bénéficier ; ils s'y rendent durant les heures de travail, ce sont là des conditions favorisant une attitude passive, régressive. Mais le plus gros obstacle semble bien être la gratuité des soins qui pose différents problèmes par rapport aux psychothérapies : bien des malades qui ont commencé ce type de traitement l'ont interrompu très vite dès qu'un obstacle est apparu, ils ne se sentaient engagés en rien. La motivation réelle était faussée par la gratuité. Ainsi M. W. a exprimé ce qu'il ressentait par rapport à cette situation : agoraphobique, il a vite abordé en quelques séances, ses difficultés sexuelles, mais en a tout aussi vite interrompu l'analyse en disant : "si je pouvais payer, il me serait plus facile d'en parler".

M. D., homosexuel, avait commencé une psychothérapie, après avoir exprimé des sentiments admiratifs à notre égard qui sous-tendaient une forte agressivité, il a manifesté sa culpabilité et son malaise dont il connaissait l'origine : "il lui aurait été plus facile d'être agressif s'il nous avait payé". De plus, ce malade a lui aussi interrompu ce traitement que son ami supportait très mal ; l'aurait-il fait s'il n'avait pas été gratuit ?

Il est pourtant certain que nous pouvons avoir une action psychothérapique, mais de quel type ? Lorsque le malade arrive en période de décompensation, en plein conflit, il souffre et souhaite sortir de cet état ; il est alors possible, dans certains cas de proposer au malade quelques entretiens dans le but de lui faire prendre conscience de ce qui l'a amené dans cette situation. Ainsi, cette jeune femme qui est venue nous trouver en raison de son état dépressif accompagné de "crises de nerfs" : elle venait de perdre son seul enfant, âgé de 18 mois, d'une toxicose. Mais, après trois entretiens, elle nous a fait part de son comportement agressif à l'égard de son mari ; la mort de l'enfant ne semblait donc plus seule en cause. Elle a compris qu'elle en voulait à son mari de ne pas lui donner un autre enfant. Son état s'est amélioré et nous en sommes restées à la disparition des symptômes.

Il est parfois possible d'amener les malades jusqu'à un moment de compréhension de leurs difficultés tel qu'ils perçoivent l'accès à une psychothérapie. Il est bon alors de leur en parler ; il leur restera ensuite à prendre une décision.

Ainsi, M. B. est venu nous voir parce qu'il souffrait d'insomnies et d'angoisse depuis l'hospitalisation de sa fiancée en milieu psychiatrique. Il mettait cet état sur le compte de cet événement ; nous nous sommes contentés de lui faire remarquer combien il s'impliquait dans le récit qu'il faisait. Ce malade est revenu un an plus tard, sa fiancée était guérie, mais lui souffrait de phobies d'impulsion qui déclenchaient une angoisse intense ; et il était alors conscient qu'il n'y avait pas d'événement extérieur à l'origine de ses symptômes et qu'il était donc seul concerné. Selon son souhait, une psychothérapie fut entreprise, dans laquelle il s'engagea activement et qui fut malheureusement interrompue par un déplacement en province.

Finalement notre action psychothérapique la plus courante est d'amener nos malades en 2 ou 3 entretiens à mieux cerner leurs difficultés et à leur proposer une psychothérapie. Certains prennent la décision dans l'immédiat, d'autres reviennent deux ou trois ans plus tard ; dans tous les cas nous les dirigeons en dehors du centre, ou bien nous tentons une psychothérapie de soutien, brève, afin d'aider le malade à sortir de sa situation conflictuelle présente, et nous interrompons les entretiens lors de la disparition des symptômes.

2/ L'ACTION PROPHYLACTIQUE :

Pour en cerner les limites sur le plan individuel, il est utile d'envisager les particularités des investissements dans le milieu travail que sont les compagnies d'assurances.

a) Dans la mesure où le travail est en premier lieu motivé par des exigences matérielles, où il représente un "gagne pain", l'employé garde par rapport à lui une certaine distance ou passivité. Or, nous en voyons de nombreux cas : des femmes obligées de travailler pour compléter le petit salaire du mari, ou parce qu'elles sont veuves ou divorcées, avec parfois de jeunes enfants à charge ; des adolescents qui ont dû renoncer à toute ambition professionnelle en raison de l'incapacité de leurs parents à les prendre en charge ; des retraités, de l'enseignement ou de la SNCF qui attendent d'avoir 65 ans pour être à la retraite... Il est bien connu que dans les compagnies d'assurances on embauche facilement et sans qualification, c'est donc une solution de pis-aller, mais on attend peu de son travail et c'est alors que l'environnement social prend une grande importance.

Parfois la motivation apparaît par le biais de la promotion : les jeunes peuvent suivre des cours d'assurance, préparer des examens et concours et se sentir revalorisés avec l'espoir de s'élever dans la hiérarchie.

Certains employés sont promus, par l'avancement, à un poste comportant des responsabilités, et même minimes, elles modifient les relations travailleur-travail.

b) Il en est qui "hyper-investissent" leur travail : ce fut le cas de M. C. qui vint consulter pour un état dépressif contre lequel il luttait vainement depuis deux mois, en dépit des conseils de son chef. M. C. était désespéré, effondré et mettait cela sur le compte du surmenage, ce qui, en fait, était réel. Mais pourquoi ce surmenage ? Comme beaucoup de gens d'Afrique du Nord, de rapatriés, il avait quitté la Tunisie en hâte, y laissant sa situation, ses biens ; il trouva à Paris un nouvel emploi dans une compagnie d'assurances et fut très vite promu au grade de chef de service. Mais ce malade nourrissait à l'égard des siens un tel sentiment de culpabilité de les avoir placés dans cette situation que rien ne pouvait l'assouvir, d'où cet acharnement désespéré dans son travail.

Pour d'autres, le travail est un moyen de fuir un conflit, de se fuir soi-même, telle Mme G., jeune femme, pupille de la nation, mère d'un petit garçon de 18 mois, vis-à-vis duquel elle manifestait des sentiments ambivalents et ayant du fait de son passé des difficultés importantes de relations avec son mari. Elle aussi présentait un état dépressif important, mais elle préférait travailler plutôt que de s'arrêter et fuyait dans le travail plutôt que d'aborder ses problèmes.

c) Dans certains cas on assiste à une incapacité d'investissement et cela évoque pour nous une réflexion que nous avons souvent entendue : "Il y a beaucoup de ratés dans les compagnies d'assurances". A quoi cela correspond-il ? Tout d'abord il semble que "ratés" ne puisse être que masculin, et les exemples que nous trouvons sont tous masculins également. Nous pensons à ces employés immatures, pour qui le conflit oedipien ne s'est pas résolu par une identification paternelle, ou bien celle-ci n'est pas réussie.

Ainsi, M. L. 32 ans, a pu acquérir une formation professionnelle supérieure à la moyenne des employés que nous voyons, mais il ne l'a pas utilisée et n'est toutefois pas allé jusqu'au terme de cette formation du fait de son inhibition. Il travaille depuis 10 ans dans des compagnies d'assurances sans avoir atteint un grade aussi élevé que le voudrait son ancienneté, à cause d'une importante instabilité. Elevé par une mère autoritaire qui l'a toujours traité en mauvais objet, alors que son père manifestait une grande faiblesse, il reproduit dans son milieu de travail la situation qu'il a connue dans sa famille : il crée des conflits pour se faire rejeter, il ne peut assumer une réussite.

M. P., retraité de l'Education Nationale, n'a jamais pu dépasser durant toute sa carrière le stade d'instituteur et occupe un poste médiocre dans une compagnie d'assurances, se reproche son manque d'ambition mais ne peut aller contre ; or, il avait un père très autori-

taire qui avait acquis par lui-même une brillante réussite professionnelle, et qui lui avait maintes fois répété : "Mon pauvre fils, tu ne feras jamais rien de bon dans la vie". Il semble qu'en effet, M. P. se soit soumis à cette loi.

L'action prophylactique est réduite :

En effet, pour certains malades, elle consisterait à conseiller un changement d'emploi ; or, beaucoup sont trop passifs et préfèrent se maintenir dans leur situation présente. Nous nous efforçons de les voir régulièrement dans un but de soutien. Nous voyons fréquemment des malades encore fragiles, de façon à les aider lors de leur réinsertion ; par ailleurs ils savent que nous sommes relativement disponibles pour le cas de réactivation d'un conflit.

Mais l'inadaptation au travail peut provenir du milieu du travail, où règne un conflit, nous l'avons vu. Nous n'avons aucun moyen d'action officiel. Elle peut également provenir des conditions de travail, et là encore, nous ne pouvons pas intervenir.

Nous voyons donc que l'action prophylactique au centre, s'exerce sur un plan individuel et non sur un plan collectif, ce qui pose le problème de la place du psychiatre dans le milieu du travail : où commence son rôle ? devant le malade, avant la maladie ? où s'achève son rôle ? à la disparition des symptômes ? Faut-il participer à la réinsertion au travail ? Dans un but prophylactique il serait bon que les contacts avec les compagnies soient officiels et non plus privilégiés, et que le psychiatre, puisqu'on lui fait jouer le rôle du médecin du travail puisse le faire complètement et donc intervenir dans des compagnies et donner un avis quant à certaines conditions de travail.

CONCLUSION

Le centre est un lieu de soins ; le psychiatre peut y avoir une action thérapeutique, mais elle est limitée puisque de par la gratuité surtout, on ne peut y pratiquer que des psychothérapies brèves, de soutien.

Cette gratuité, par contre, permet à des gens, frustes, de conditions modestes, d'apprendre à verbaliser et à exprimer leurs difficultés, grâce à des entretiens répétés.

Leur attitude souvent régressive, favorisée par leurs faibles investissements dans le travail et par leur pathologie, nécessite pendant un délai de quelques mois une surveillance régulière des malades, que nous pouvons assurer.

Nous recevons beaucoup de névrosés, et peu de psychotiques. Dans l'intérêt de ces derniers, nous les dirigeons sur leur secteur psychiatrique, en raison de leur instabilité professionnelle. En effet, nous ne pouvons plus les voir s'ils quittent les compagnies d'assurances.

Le centre, situé parmi les compagnies d'assurances, peut être comparé au secteur situé dans le quartier, avec une différence cependant : le psychiatre du centre n'a pas accès au milieu de travail du malade, alors que le psychiatre du secteur peut se rendre dans le milieu de vie. D'où une action prophylactique réduite à une action individuelle médecin-malade, qui se retrouvent tous deux, isolés à l'intérieur du centre.

Vu le Président de Thèse

Pr. D. DUCHE

Vu le Directeur de l'U.E.R.

M. CASTAIGNE

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

